

# ПСИХИКА И МОЗГ

УДК 616.8-001

## ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ И ПАМЯТИ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

*Алексеев Ю.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Общепринятая систематизация тяжести черепно-мозговых повреждений (ЧМТ) базируется на оценке состояния пострадавших по шкале комы Глазго (ШКГ) в момент поступления [1, 2]. К легким ЧМТ относят травмы с начальной оценкой по ШКГ в 13-15 баллов, но это подразумевает довольно разнородный спектр клинических проявлений, определение которых при различных сроках обращения и обследования пациентов может быть затруднительным. Вместе с тем, нарушения сознания и памяти в момент травмы являются важнейшими диагностическими критериями легкой ЧМТ и требуют тщательной оценки и интерпретации.

**Целью** исследования явилась оптимизация стандартной схемы обследования пациентов с легкой ЧМТ для повышения надежности диагноза посредством анализа структуры и протяженности нарушений сознания и памяти у пострадавших в момент травмы.

**Материал и методы.** Было обследовано 94 пациента с легкой ЧМТ – сотрясением головного мозга в возрасте 16-60 лет с достоверным анамнезом травмы без сопутствующей соматической или неврологической патологии. Диагноз устанавливался после стандартного клинико-инструментального обследования на основании действующих критериев [2].

**Результаты и обсуждение.** Нарушения сознания были диагностированы у всех пострадавших. Чаще всего (80% наблюдений) в момент травмы имела место кратковременная потеря сознания (глубокое угнетение, выключение) продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут. У остальных пациентов (20%) наблюдались нарушения сознания по типу непродолжительного оглушения (от нескольких минут до часа). При детальном изучении обстоятельств происшедшего удалось установить, что во многих случаях (41%) после выключения сознания наступал период его постепенного восстановления с признаками оглушения.

Другим характерным признаком легкой ЧМТ являлись амнестические нарушения. Целенаправленное обследование пострадавших с сотрясением головного мозга в первые сутки после травмы позволило выявить признаки ретро- или антероградной амнезии соответственно у 24% и 36% пациентов. Причем у 13% обследованных пациентов обнаруживались одновременно оба варианта травматической амнезии. Полученные данные свидетельствуют о том, что сочетание указанных вариантов нарушений сознания и памяти в момент травмы имеет относительно равномерный характер. Достоверных корреляций между ними также не установлено. Следует отметить, что ретроспективный анализ параметров нарушений сознания и памяти после травмы в большинстве случаев чрезвычайно затруднителен и требует подкрепления из других источников информации.

В настоящее время существует несколько распространенных классификационных систем, определяющих тяжесть травматического поражения мозга, однако наиболее чувствительной и удобной в данном случае является система клиники Мэйо. Она предполагает учет следующих критериев: продолжительности нарушений сознания, оценку нарушений функций ЦНС по ШКГ, протяженности посттравматической амнезии, результатов нейровизуальных методов диагностики. Применение последнего критерия

позволяет избежать двусмысленного толкования диагноза легкой ЧМТ, поскольку предполагает точную локализацию повреждений головного мозга при ее симптоматических вариантах и позволяет сразу же исключить более тяжелые поражения головного мозга. Вместе с тем, подтвердить такой диагноз возможно лишь опираясь на данные анамнеза и субъективные отклонения со слов пострадавшего. К категории неделимых по тяжести легких ЧМТ относят случаи с нарушениями сознания менее 30 мин, посттравматической антероградной амнезией менее 24 часов. Таким образом точная оценка нарушений сознания и памяти в момент травмы чрезвычайно важна для обоснования диагноза. Причинами снижения надежности диагноза легкой ЧМТ в некоторых случаях могут явиться недостаточная или недостоверная информация о характере и протяженности нарушений сознания в момент травмы, а также о наличии и продолжительности посттравматической амнезии, наличие сопутствующей неврологической и соматической патологии, действие некоторых лекарственных средств, психоактивных веществ и пр. Как показывает наш опыт, во многих случаях трудности или погрешности оценки состояния пострадавших имеют, скорее, субъективный характер. Так, использование стандартной схемы-опросника при первичном обследовании позволяет повысить частоту выявления признаков посттравматической амнезии при легкой ЧМТ почти в два раза. При наличии сомнений в точности информации о характере и протяженности нарушений сознания и памяти в момент травмы, необходимо учитывать весь комплекс доступной информации и проявлений травмы, включая время и обстоятельства происшедшего, биомеханику повреждения, структуру симптомов и жалоб, а также динамику изменения самочувствия пострадавших, результаты инструментального и лабораторного (в том числе токсикологического) обследований.

#### **Выводы.**

1. В некоторых случаях в структуре проявлений легкой ЧМТ наблюдаются сложные или комбинированные нарушения сознания и памяти в виде выключения сознания, последующего оглушения и посттравматической амнезии, оценка которых только со слов пациента является проблематичной.
2. Отсутствие полной информации о характере и протяженности нарушений сознания в момент травмы, а также о наличии и продолжительности посттравматической амнезии в значительной степени затрудняет оценку состояния пострадавших и снижает достоверность диагноза легкой ЧМТ.
3. Использование унифицированных протоколов обследования с формализованной оценкой нарушений сознания и памяти при первичном обследовании пострадавших позволяет существенно повысить надежность диагностики легких ЧМТ.

#### **Литература:**

1. Sharp, D.J. Concussion is confusing us all / D.J. Sharp, P.O. Jenkins // Practical Neurology. – 2015. – Vol. 15. – P. 172–186.
2. Mild traumatic brain injury: EFNS guidelines on mild traumatic brain injury / P. E. Vos [et al.] // European Journal of Neurology. – 2012. – Vol. 19. – № 2. – P. 191–198.